Baudel Sabrina

TFE

La réflexion de l'IDE sur ses valeurs soignantes

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Croix Rouge Française

Session 2004/ 2007

Sommaire

Introduction

1. La situation d'appel

1.1 Le contexte 1
1.2 Le développement de la situation..... 4

2. L'enquête exploratrice

2.1 La méthodologie 7
2.11 Le choix de la structure.....
2.12 La méthode .....

2.2 Les résultats de l'enquête..... 8
2.21 Les professionnelles interrogées .....
2.22 L'analyse de l'enquête 9

3. Le cadre de référence

3.1 Les champs d'investigation 18
3.2 La réflexion du soignant.....
3.21 Le soigné 19
3.22 Le soignant..... 20
3.23 Un peu d'historique sur l'égalité des soins..... 21
3.24 La fonction soignante..... 23

4. L'hypothèse de recherche

Conclusion et question 25

Annexes

Bibliographie

Je souhaiterai ici simplement remercier tous ceux qui m'auront de près ou de loin aidé à construire ce mémoire :

- Mlle FILLOD Laëtitia pour son soutien
- Mr LEPRINCE Thibauld pour m'avoir supporté (et il en faut du courage).
- Mlles THIBAULT Audrey et Mlle VIALON Jennifer pour leurs conseils et corrections orthographique.
- Mme VACHER MATERNO, formatrice à l'I.F.S.I Croix Rouge et référente de TFE.

Ainsi qu'aux trois personnes ayant acceptées de répondre à mes questions Mlle L., Mme G. et Mme P. (dont je continue ici de garder l'anonymat).

Une pensée particulière également pour les quatre personnes interrogées dans la rue, place des Terreaux et qui ont eu l'amabilité de m'accorder ces quelques minutes précieuses.

Enfin, merci également à tous ceux qui ne m'auront pas soutenu, me permettant ainsi d'aller plus loin encore dans mon projet professionnel.

Il y a un an je n'avais probablement pas le même intérêt sur ce sujet qu'à ce jour, et dans un an, le recul aidant, je n'écrirai pas non plus exactement les mêmes choses. Ce mémoire fut donc rédigé à un instant T de mon parcours professionnel.

Rien n'est jamais figé, rien n'est immuable, l'humanité se construit perpétuellement, de même que la personnalité de chacun. C'est dans cet ordre que je suis intimement convaincue, et ce mémoire apportera ou non des éléments de réponse à ce sujet :

Nous adaptons nos principes, nos idéaux, nos valeurs en fonction de ce qu'il nous est donné d'être ou de recevoir.

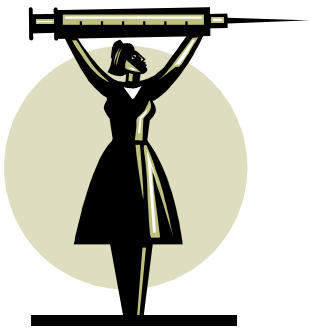
Les rencontres, les accidents de la vie, les bons ou les mauvais moments forgent chaque jour en nous un nouveau « soi ».

A ce même titre, l'identité professionnelle se créée se complète, évolue…

Qu'est-ce qu'un soin abouti ? Une éducation réussie ? Une « bonne prise en soin » ? Sinon l'atteinte partielle d'un idéal soignant ? De l'idéal d'UN soignant à un instant T.

(Notez ici que je préfère délibérément employer le terme de prise en 'soin' plutôt de que de prise en 'charge'. Si l'on se charge de corvées, nous prenons soin de personnes).

Ainsi je vous invite à lire mes recherches, mes questions, mes erreurs également dont j'ai tiré profit.



Le malade ne guérit pas seulement de soins.

Patrick Segal
Extrait de L'Homme qui marchait dans sa tête

1. La situation d'appel

1. La situation d'appel

1.1 Le contexte

En troisième année j'effectuais un stage dans un centre de gériatrie. Le service dans lequel je me trouvais accueillait des personnes en court et moyen séjour.

Une patiente cependant était hospitalisée ici depuis 2 ans, chose unique dans le service. L'histoire vécue avec cette personne, que j'appellerais ici Madame P., et la prise en soin de l'équipe soignante à son égard m'interpella, et c'est donc sur cette situation que j'appuierai mon travail.

Mme P., âgée de 75 ans est une patiente paraplégique, présente, donc, dans le service depuis deux années. Chaque demandes d'admission en maison de retraite ou autres établissements se sont jusqu'à présent soldées sur des échecs car Mme P. développe, à chaque fois qu'un projet se met en place, des fractures spontanées ou infections, rendant impossible son départ du service.

Arrivée dans l'équipe depuis près d'une semaine, ce matin, je vais aider cette patiente à faire sa toilette avec l'IDE qui m'encadre. Avant d'entrer dans la chambre, le soignant me dit : « *c'est très protocolisé pour elle, elle a ses petites manies… tu verras…*»

Nous entrons donc dans la chambre afin de proposer la toilette. Nous préparons notre matériel et installons la patiente confortablement.

Je constate que Mme P. exige beaucoup d'attention et dicte tous nos gestes car elle tient à « *ses petites habitudes* ». Elle se soucie du moindre détail.

Pendant tout le soin, j'observe cet infirmier qui s'exécute, acquiesçant aux moindres demandes, avec le sourire, qui garde patience à installer Mme P. *à droite… non un peu plus à gauche… juste un centimètre...voila...* il est très poli et ne montre aucuns signes d'impatience à son égard.

Puis, sortant de la chambre, je vois l'IDE changer de visage, visiblement fatigué, voir énervé et partir en pause pour, je cite : « *passer ses nerfs* ».

Voyant mon étonnement face à ce changement soudain de réaction, l'infirmier sourit et m'explique que la prise en soin de cette patiente devient de plus en plus difficile et de plus en plus lourde pour lui, et qu'il s'épuise psychologiquement entre l'envie de soigner du mieux possible et la sensation d'échec face à cette patiente dont l'état clinique n'évolue pas.

Il m'informe également que ce qui rend les choses difficiles c'est que Mme P. ne semble pas pouvoir entendre encore qu'il faudra un jour qu'elle quitte cet établissement qui n'est pas adapté à la prise en soin dont elle a besoin, mais que pour l'instant aucune place n'est disponible ailleurs.

La matinée file à toute vitesse, vient la pause déjeuné. A ce moment précis, l'IDE avec lequel je fis la toilette de Mme P. ce matin, discute avec l'équipe de ce qu'il ressent vis-à-vis d'elle. Qu'il n'en peut plus de faire « *bonne figure devant elle* » alors qu'il ne se « *sent plus la force* ». La conversation s'engage, s'anime, tous les membres du personnel semble d'accord sur ce point : la prise en soin de Mme P. « *n'est plus possible* », et il est frustrant pour eux de constater qu'aucuns projets n'aboutissent jamais pour elle.

Une infirmière décide donc d'appeler la surveillante, lui précisant que c'est une « convocation » sérieuse.

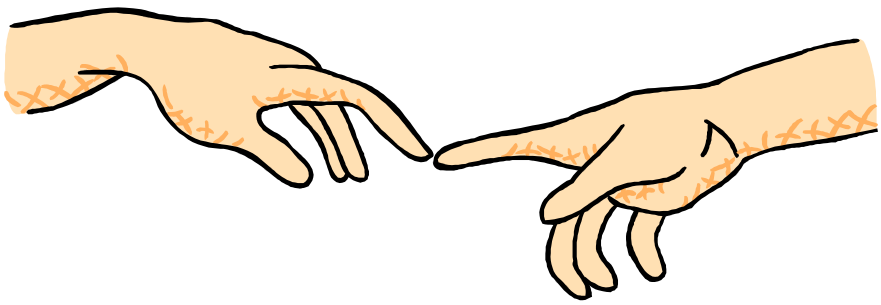
C'est donc à cette occasion, que Mme la surveillante put prendre conscience de la colère de son équipe face à la prise en soin de Mme P. ; chaque soignant exprime à sa manière ses difficultés : « *je n'en peux plus moi ! 2 ans qu'elle est la !*» « *Mais qu'est-ce qu'on peut faire ?* » « *Moi j'ai plus rien à donner, elle me prend toute mon énergie* » « *Moi c'est clair c'est fini, c'est pour ca que depuis un moment je refuse de prendre en charge son secteur* ».

Chacun reste calme malgré parfois l'emploi de mots très fort, mais chacun s'écoute, complète, témoigne.

Toute l'équipe garde à l'esprit que malgré les difficultés que cela implique, le confort de cette patiente dépend d'eux et de la qualité de leur prise en soin et que chacun est donc responsable d'elle, ce qui rend la situation culpabilisante face à cet apparent « échec ».

La surveillante entendit donc l'appel à l'aide de son équipe, et à la suite de cette réunion, un projet fut rapidement élaboré :

La patiente sera confiée à un autre service de l'établissement, situé à l'étage supérieur exactement le même que celui de cette équipe, ce qui permettra à Mme P. de ne pas trop perdre ses repères face à l'organisation ou face au décor du service, et cela permettra à l'équipe de pouvoir évacuer leur stress en passant la main à d'autres soignants.



1.2 Le développement de la situation

Cette situation m'a interpellée car c'était la première fois que j'assistais aussi clairement à une remise en question d'une équipe sur ses capacités à prendre soin d'une personne.

L'équipe soignante de ce service a su prendre du recul face à une situation devenant difficile et, à mon sens, a eu le professionnalisme de parler de sa souffrance pour le bien être à la fois de l'équipe et de la patiente, centre des préoccupations de tout acteur de santé.

J'ai été témoin, dans d'autres stages de situations similaires, quant à la difficulté de prendre soin de patients ayant dû faire de l'hôpital ou de l'institution leurs seul lieu de vie.

J'ai pu observer et même ressentir que cette chronicité peut mettre parfois les soignants dans une situation difficile, que ce soit par manque de temps, de personnel, de moyens, de considération de l'équipe, ou de soutien institutionnel : somme toute des causes exogènes mais aussi des causes endogènes comme le sentiment d'échec face au manque de progression, voire à la dégradation de la situation de la personne, sans compter tout ce que cela peut nous faire vivre et nous renvoyer sur notre impuissance.

Nous qui faisons d'un métier la capacité de rendre confort et bien être aux personnes qui momentanément ou définitivement se trouvent en position de faiblesse, comment accepter qu'il y ait des situations avec des patients avec qui l'on ne puisse plus avancer sans perdre quelque chose de soi ou de la relation qui s'est tissée entre la personne soignée et le soignant ?

Le personnel de ce service de gériatrie s'est interrogé sur ses valeurs professionnelles lorsqu'il a senti que l'équipe toute entière n'était plus disponible pour cette patiente ; ceci aura permis de trouver rapidement une situation peut-être transitoire, mais en tout cas la plus adaptée, en prenant en compte le désir de la patiente de rester dans l'établissement (car, sans développer plus loin, l'on pourrait tout de même s'interroger sur le sens à donner à tous ces 'incidents' ayant à chaque fois empêché la mutation de Mme P. dans un autre service : douleurs inexpliquées, fractures spontanées, infections… tandis que l'état clinique de Mme P. était stable et satisfaisant pendant l'année, pourquoi à chaque projet de départ celui-ci se dégradait ?) et prenant en compte le besoin des soignants de passer la main à une autre équipe.

Bien évidement que la personne la plus concernée et celle qui en souffre le plus reste la patiente, c'est elle qui est le centre de tout et doit être protégée, mais l'équipe à également le devoir de SE protéger. Pour le bien être de la personne soignée au final, certes, mais aussi pour le bien être des membres de l'équipe.

Je me suis interrogée dans un premier temps sur ce qu'il se serait passé si l'équipe n'avait pas crevé l'abcès, ou si Madame la cadre de santé avait laissé la situation actuelle se cristalliser… y aurait-il eu un risque de glissement de l'équipe? Et à bien y réfléchir dans quelle mesure est-ce que cette équipe a su se protéger tout en étant proche de l'épuisement professionnel ? D'ailleurs, le fait de devoir développer des mécanismes de défense comme vu précédemment, ne sous-entend–t-il pas qu'il y ait eu souffrance et donc épuisement justement ? Est-ce qu'être fidèl(e) à ses idéologies peut nous permettre à coups sûr de l'éviter ? Quels sont à terme les conséquences d'une prise en charge[1] infirmière pour le patient quand les soignants sont épuisés ? Qu'est ce qui se joue ainsi pour les soignants ? Et donc quelle place le patient a-t-il lorsqu'un soignant est complètement parasité par son stress ?

[1] J'utilise ici volontairement le terme de prise en 'charge' du patient, car la violence de ce terme me semble plus adaptée dans ce contexte particulier.

Ces questions posées ici m'ont permis de formuler un premier questionnement, ce que nous appelons la Q1 et qui fut :

« Dans quelle mesure l'épuisement professionnel de l'IDE travaillant auprès de personnes âgées peut-il influencer sa pratique ? »

J'ai donc mené des entretiens avec des infirmières travaillant dans différents milieux, mais ayant pour point commun de prendre en soin des personnes âgés, afin de voir quelles sont leurs attentes, leurs difficultés et leurs valeurs, bien que cette dernière notion soit subjective.

Je pensais centrer mon sujet les risques de l'épuisement professionnel, mais c'est en construisant mon guide d'entretien et au fil de mes réflexions, que je suis allée dans une autre direction, non sans lien avec mon idée de départ : j'ai finalement choisi de cibler ma problématique sur la réflexion de l'IDE sur ses valeurs soignantes.

2. L'enquête exploratrice

2. L'enquête exploratrice

2.1 La méthodologie

2.11 Le choix des structures

Pour mener à bien mon enquête, j'ai choisi d'interroger des soignantes travaillant dans deux maisons de retraite différentes, et une infirmière libérale dont la très grande majorité des patients dont elle prend soin sont des personnes âgées.

Je trouvais intéressant de m'appuyer sur la différence entre une prise en soin au sein d'une institution, et une prise en soin à domicile, où il n'y a pas justement les contraintes liées à l'organisation d'une structure hiérarchisée.

J'ai également, comme dit précédemment, interrogé deux professionnelles de deux maisons de retraite, pour pouvoir apprécier si des éléments se regroupaient ou s'il y avait d'importantes différences.

2.12 La méthode

La méthode choisie et préconisée par mon école auprès de ces personnes est l'entretien semi directif, nécessitant la construction d'un guide d'entretien[2].

Le contact 'direct' avec ces professionnelles m'a permis de reformuler mes questions en cas d'incompréhension et d'apprécier leurs réactions, leurs silences, leurs colères parfois…

J'ai pu m'entretenir ainsi avec trois professionnelles : deux entretiens ont été enregistrés, mais pour un problème purement 'technique' le troisième ne le fut pas, j'ai donc pris un maximum de notes, en ayant conscience que je perdais des éléments.

Chaque entretien a duré entre trente et quarante cinq minutes et s'est déroulé de façon individuelle.

Ils ont eut lieu en décembre 2006 et mars 2007.

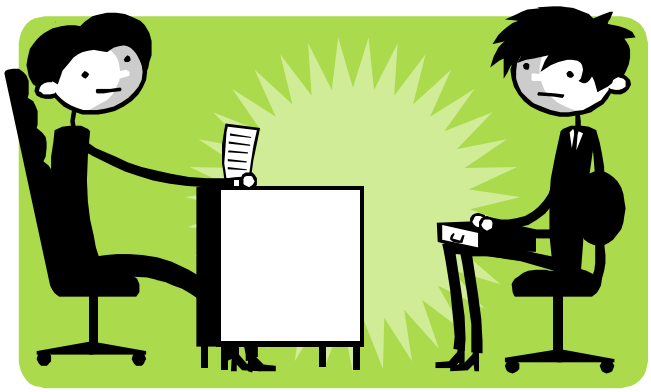
[2] Le guide d'entretien que j'ai crée et utilisé se situe en Annexe 1

2.2 Les résultats de l'enquête

2.21 Les professionnelles interrogées :

	Entretien n° 1 IDE : Mlle L	Entretien n° 2 ASD : Mme G	Entretien n° 3 IDE : Mme P
Structure	Maison de retraite V	Maison de retraite C	Libéral
Ancienneté dans la structure	3 ans	2 ans	11 ans
Ancienneté du diplôme	3 ans	1 an	17 ans
Age	29 ans	24 ans	40 ans

Je vous invite à prendre connaissance du dépouillement de questionnaire que j'ai joint en annexe 2, afin de compléter l'analyse qui suit.



2.22 L'analyse de l'enquête

Question n°1 :

Quel est le projet de votre service/ établissement ?

Je pus constater que dans les trois cas, les professionnelles eurent du mal à me répondre à cette première question. Toutes ont hésité, et m'ont demandé de préciser ce que j'entendais sous le terme de projet d'établissement, ou de service.

Je leur expliquai le caractère légal et donc l'obligation pour tout établissement public de santé d'avoir un projet de soin, comme le précise la loi de juillet 1991 [3] :

« Art. L.714-11. - Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. »

… avant de m'interroger sur la légitimité de cette question dans deux cas précis :

En effet j'appris que le premier établissement fut dirigé par un organisme gestionnaire privé, à but non lucratif, et que la troisième personne interrogée, ayant un statut particulier, celui du libéral, n'était pas soumise non plus à cette loi. Quand à la deuxième personne, elle ne le connaissait pas.

Car comme le précise le site du CHU de Lyon :

« Depuis la loi portant sur la réforme hospitalière de juillet 1991, chaque établissement public de santé doit élaborer un projet d'établissement. »

Je cherchais à travers cette question à savoir s'il y avait une corrélation entre les projets d'établissements et les valeurs soignantes des professionnelles, mais je ne pus avoir de réponse pour cette question dans ces cas précis.

[3] Sources : J.O n° 179 du 2 août 1991, LOI no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SPSX9000155L

Question n° 2 :

Quelles sont les valeurs soignantes les plus importantes à vos yeux ?

Avant de tenter d'analyser les réponses offertes, attardons-nous ici sur la proposition d'une définition même de « valeur ». Ce terme étant subjectif, j'ai pu trouver une multitude de définitions, plus ou moins claires, dans divers écrits, ou dictionnaires. La définition la plus abordable, selon moi, fut celle-ci :

Le mot « valeur » provient du latin valor, et représente *« l'ensemble des règles de conduites des lois jugées conforme à un idéal (ou norme) par une personne ou par une collectivité ».*[4]

Remarquez que j'ai formulé l'intitulé de mon mémoire comme suit : « *les valeurs soignantes* » et non pas « les valeurs des soignants ». Je souhaitais ainsi laisser sous entendre par une différence de sujet, qu'un professionnel de santé pourrait avoir des « valeurs qui soignent », ce qui est différent des valeurs de soignants, c'est-à-dire des valeurs personnelles de personnes travaillant dans un système de soin.

Et les réponses apportées à la question 2 sont allées dans ce sens : « *le respect de la personne, l'écoute, la disponibilité, la patience, la compétence* » sont autant de qualités qu'une infirmière se « doit d'avoir » selon les trois professionnelles interrogées, chacune apportant un ou plusieurs éléments de réponse différent, selon leur propre norme.

Notons tout de même une différence de sujet : Ainsi Mlle L. cite ses valeurs, mettant surtout en relief le patient, le citant dans ses propos : *« le respect de la personne, la prise en charge globale du patient »* alors que Mme P. centre plutôt ses valeurs sur des attitudes qu'un professionnel se doit d'avoir *« la patience, la rigueur, l'hygiène, la compétence ».* Mme G., plus synthétique, me répondit sur les deux valeurs les plus essentielles à ses yeux : *« l'écoute et la disponibilité ».*

Nous pouvons également constater que dans les trois cas *l'écoute* est une valeur récurrente pour ces soignantes, et l'une des valeurs prioritaire.

[4] Sources : Larousse Pluri dictionnaire (1989)

L'écoute comme le précise le dictionnaire Larousse, c'est *« prêter l'oreille pour entendre. Tenir compte de. »*[5].

Soulignons également que le mot choisi par toutes soignantes fut « L'Ecoute » et non pas le verbe « Ecouter », plaçant ainsi le professionnel dans un rôle modeste, presque effacé derrière la noblesse de l'*Écoute* en elle-même.

En ce sens, l'écoute de l'autre permet son soulagement, non pas sa résolution de problème, mais enfin, le sentiment d'être perçu comme un être à part entière avec ses forces, ses faiblesses, ses doutes, ses angoisses, digne d'être pris en considération.

Ce simple mot m'évoque une notion de respect de l'autre, dans ce qu'il est et non ce que l'on voudrait qu'il soit. Porter attention à, essayer de comprendre que, montre tout l'intérêt que porte le soignant à l'égard de la personne qui demande des soins.

Nous reviendrons plus tard dans une prochaine question, sur cette notion de l'écoute qui pourrait être un sujet de mémoire à lui seul, et les conséquences d'un manque d'écoute justement.

Question n°3 :

Qu'est-ce qu'une « bonne prise en soin » selon vous ? (Votre idéal soignant)

En posant cette question aux soignantes, je m'attendais à retrouver les même éléments de réponse pour les deux personnes travaillant dans une structure semblable, soit Mlle L. et Mme G., travaillant je le rappelle dans deux maisons de retraite différentes ; or, ce ne fut pas le cas. C'est Mlle L. et Mme P. qui fournirent les deux mêmes éléments de réponses.

En effet, leur définition d'une bonne prise en soin, toute subjectivité accordée, pour toutes les deux, fut la prise en soin GLOBALE, notant le bémol de Mlle L., qui précise sa pensée par un « *mais c'est impossible* ».

[5] Sources : Larousse Pluri dictionnaire (1989)

Mme G., elle, peut-être par sa différence de profession (je rappelle que Mme G. est aide soignante) n'a pas amorcé ce terme de « *globalité* », parlant de « *respect de la personne* », sans ajouter dans son intégralité.

Je n'ai pas de réponse absolue, je soulève juste cette question : tout soignant que nous sommes, et bien que nous ayons le même but final, celui du bien être de la personne, avons-nous tous les mêmes objectifs ?

Entre le praticien hospitalier, le psychiatre, le médecin généraliste, le chirurgien, l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, l'infirmière, l'aide soignante, l'auxiliaire de vie… Se pourrait-il que ce soit cette hiérarchie des métiers (et non pas des personnes) qui ferait dire aux deux infirmières que leur objectif est la « *globalité de la prise en soin* », elles qui sont en quelque sorte le point central de la prise en soin, l'intermédiaire entre toutes les professions médicales et paramédicales qui se côtoient pour le soin du malade ?

Questions n° 4 et 5 :

Vos valeurs ont-elles évolué avec votre pratique ? Comment ?

Avez-vous déjà dut occulter vos valeurs fondamentales pour vous adapter à la « réalité du terrain » ? Qu'est-ce que cela vous a fait vivre ?

« Les valeurs n'existent pas pour elle-même, elle sont à créer et recréer en permanence en fonction de la réalité que nous vivons » [6]

Dans les deux cas de Mlle L. et de Mme G., j'ai retrouvé la notion *d'impuissance* face à la volonté d'être en accord avec ses normes, son idéal, *ses valeurs*, mais tout en se retrouvant dans la position délicate de devoir s'organiser à la vie de l'institution et non à la vie de la personne.

Contraintes incomparables pour Mme P., travaillant, elle, à domicile et donc dans des conditions différentes.

[6] Sources : Frédéric VENAUT, Cadre de santé, Marseille. *Donner du sens aux valeurs soignantes* 2003

Je note ici les points communs de Mlle L. et de Mme G. car toutes deux soulignaient parfois, hors entretiens, les difficultés qu'elles pouvaient avoir par manque de temps, de personnel, le besoin de faire « vite » et la frustration de ne pas faire « *comme on le voudrait* » selon ses idéaux, selon les règles d'éthiques dont nous faisons notre à l'école [7].

Ce pourrait-il donc que le lieu de travail (en l'occurrence ici, le domaine de la gériatrie) influence sur nos valeurs en modifiant notre manière de travailler ? Et quelque part, notre façon d'être ?

« *Autrefois appelées hospices avant leur humanisation, les maisons de retraite publiques subissent encore les conséquences de l'image négative que les Français avaient d'elles. Considérées par la population comme des mouroirs, par le personnel soignant comme des voies de garage, il leur a fallu et il leur faut toujours lutter contre la mauvaise presse qui leur est faite.* »

Ces écrits montrent la spécificité et la difficulté de travailler auprès de personne âgées, la gériatrie étant une discipline particulière :

« L'idéal de la pratique, la dynamique de « sauveur » si prégnante chez le personnel soignant sont mis à mal dans ces services où la guérison a peu cours. Le soignant est ainsi plus souvent confronté à ses limites qu'a des gratifications, générant ainsi un niveau élevé d'insatisfaction.» [8]

Pour revenir à l'analyse des entretiens, il est une personne pour qui les valeurs soignantes n'ont pas changé, mais au contraire semblent s'être améliorées, je veux parler de Mme P.

Avec le temps, me disait-elle, des valeurs se sont ajoutées, démontrant dans un sens peut-être plus optimiste, que le lieu de travail et l'expérience apportée par les années de pratique et de réflexion ne peuvent que servir le soignant dans sa pratique.

Analysons maintenant les réponses apportées à la question 5 sur le ressentit des soignantes face aux moments où leurs valeurs furent/sont mises à mal :

---

[7] Voir Annexe 3 : Module de Santé Publique : Travail de groupe de première année, proposé par les formatrices, sur les représentations des élèves sur des termes tel que la santé, le handicap, la maladie ou encore le soin.
Ce fut le premier travail auquel je participais, et donc la toute première approche que j'eu, sans aucune expérience dans le milieu médical, sur le sens même de notre métier.

[8] Sources : Didier TOCHE Cadre supérieur de santé – Maison de retraite publiques médicalisées de Peille et Villefranche-sur-Mer (06)

Bien que les structures soient différentes, les âges et les vécus différents, toutes m'ont fourni la même réponse : OUI, elles ont du parfois occulter leurs valeurs en fonction des situations et le point commun du ressenti de ces trois personnes est la solitude.

Nous touchons ici l'essence même de l'importance que nos valeurs tiennent en nous, car si une problématique importante peut être gérée en équipe, et dans le cas de Mme P., avec sa collègue, en ce qui concerne notre pratique quotidienne, nous sommes seul(e)s face à nos responsabilités et à notre propre éthique.

Questions n° 6 et 7 :
Vous êtes-vous déjà retrouvés dans une situation de soins difficile ?
Si oui comment cela s'est-il passé ? Comment avez-vous réussi à gérer cette situation ?

Ces questions font suite à celles posées précédemment, mais je désirais avoir ici des exemples concrets permettant d'illustrer le vécu des soignantes.

Pour la première personne interrogée, Mlle L., la situation invoquée fut celle d'une résidente en détresse respiratoire qui nécessitait une mutation en service d'urgence immédiate compte tenu de son état. Le surveillant refusa pour des raisons inconnues d'appeler SOS médecin.

L'infirmière et les aides soignantes composant l'équipe se retrouvèrent face au problème suivant : assister une personne en danger en appelant des secours et passer outre l'avis de son supérieur hiérarchique, ou alors tenir compte de l'indication de ce même supérieur malgré les conséquences que cela pourrait avoir. Un choix qui semble facile sur papier, mais qui pose questions quand on est soi-même confronté à la situation, et le temps presse.

Cette IDE choisit donc la première solution, elle appela elle-même les pompiers en dépit de l'avis de son supérieur. Sa réponse à ma question fut simple, et en toute humilité : « *on gère comme on peut* ».

La deuxième personne, Mme G., elle, m'évoqua le cas d'une patiente avec qui elle ne « *pouvait pas* » conserver une attitude soignante, cette patiente lui renvoyant peut-être trop de choses personnelles. Mme G. ne put me dire, mais elle m'évoqua l'horreur que ce fut pour elle de prendre soin de cette patiente, démente et agressive à son égard. Elle avait également peur de lui manquer de respect, submergée par son émotion.

Pour pallier au problème de cette situation, elle s'est entretenue avec la surveillante de son établissement et essaya, dans la mesure du possible, de passer la main à ses collègues pour les soins accordés, tel que la toilette par exemple. Elle prit sur elle et se confia beaucoup aux autres soignantes afin de vivre cette situation le « moins mal possible ». Cette situation prit fin au décès de cette patiente quelques mois plus tard.

Enfin, la troisième personne interrogées, Mme P., me cita l'une des situations les plus difficiles à gérer pour elle, celle d'une femme à qui elle devait faire des pansements car elle avait été brulée, et cette femme vivait dans des conditions d'hygiène difficile. L'une des valeurs soignantes citée par Mme P. étant, je le rappelle, l'hygiène, elle eut du mal à soigner cette personne chez qui elle était mal à l'aise et pour elle, et pour la patiente.

Mme P. fit donc un signalement au Conseil Général sur les conditions dans laquelle vivait cette personne, afin qu'une aide sociale supplémentaire lui soit accordée.

Ces trois soignantes ont ainsi géré ces situations difficiles en fonction de leurs moyens et de leurs principes, cherchant si besoin de l'aide extérieure, ou défiant en quelque sorte l'autorité.

Question n° 8 et 9 :

Quels moyens sont mis en œuvre par votre institution pour pallier aux problèmes que vous pourriez rencontrer dans votre pratique ?

Avez-vous des réunions d'équipe prévues pour évacuer le stress engendré par votre profession? Si non, pensez-vous qu'elles vous apporteraient une aide ?

Un point commun encore se retrouvant dans les trois cas : le manque de moyens justifiant peut-être cette solitude évoquée par toutes.

Le cas de Mlle L. est le plus accentué. En effet, elle passa beaucoup de temps à répondre à cette question, à dresser la liste des moyens disparus et à déplorer de par son attitude la situation actuelle de cet établissement : répétition, ton de voix plus présent, plus vif, rempli d'émotion.

Mme G. eut au contraire une attitude plus découragée et Mme P. m'expliqua d'un ton neutre que peu de moyens existaient pour les infirmières libérales, et que c'est pour elle « *un grand trou noir* ».

Si je parle ici des attitudes des soignantes pour cette question, c'est précisément parce que ce fut la seule où je vis tant d'émotions, touchant peut-être du doigt un des problèmes des professions de chacune : L'écoute.

Je reviens encore une fois donc sur cette notion de l'écoute, mais ici il s'agit de l'écoute de la parole des soignants.

Je me permets de citer ici la réflexion d'une infirmière témoignant dans le livre : « Infirmière : le savoir de la nuit »[9] qui disait ceci :

« *La situation des soignants pourrait par conséquent être considérablement améliorée à condition de leur permettre de parler, de leur offrir la même attention que celle qu'on leur demande de donner aux malades* »

[9] Sources : PERRAUT SOLIVERES Annie. *Infirmières : Le savoir de la nuit*. PUF, 2001, Le monde. 188 p

Que l'on accorde à l'infirmière la même attention que celle qu'on lui demande d'accorder aux malades… Si la notion de l'écoute est apparue en première valeur par ces trois personnes, ne serait-ce pas sans liens avec ce qu'elles vivent au quotidien et le sentiment de justement ne pas être écoutée ?

.

Question n° 10 :

A votre avis, comment un soignant peut-il faire valoir ses valeurs professionnelles malgré les obstacles de la « réalité du terrain » ?

Pour conclure ces entretiens, chaque soignantes me livrèrent leurs façon d'être et leur façon de faire, toutes eurent le même élément de réponse : être fidèl(e) à soi-même.

Mlle L. l'exprima à travers une notion dont je vous ai déjà fais part : **s'écouter**. Cela n'est pas tout çà fait la même chose, mais on peut ici faire un lien entre « s'écouter », suivre ses convictions, et « rester soi-même » qui signifie ne pas s'oublier soi.

Une notion supplémentaire fut ajoutée par Mme P. : prendre le temps. Car il ne serait pas tout d'avoir des principes, encore faut il s'accorder le temps de les penser pour les construire, ou les faire évoluer. Ceci rejoint exactement ce qui m'a interpellé dans ma situation d'appel : prendre le temps, prendre du recul face aux événements, aux situations, intellectualiser nos objectifs et se les rappeler sans cesse pour ne pas être exécutant(e) de soin, mais acteur de santé.

Ces échanges avec ces professionnelles, mes lectures et ma propre réflexion me permirent donc d'approfondir ma question de départ qui sera donc :

« *En quoi est-ce que la réflexion de l'IDE sur ses valeurs soignantes peut-il favoriser sa prise en soin d'un patient en service de gériatrie ?* »

3. Le cadre de référence

3. Le cadre de référence

3.1 Les champs d'investigation

En regard des entretiens précédemment analysés et aux recherches documentaires effectuées je me suis donc trouvée face à ce constat : tout soignant ne peut remplir sa fonction de soigner que s'il est en accord avec ses principes fondamentaux. En cas de non adéquation entre ses valeurs et le système de soin dans lequel il travaille, le soignant peut ressentir à long terme fatigue, découragement, frustration… ce qui pourrait avoir un retentissement sur sa prise en soin.

Jean Pierre CHANEUX, neurobiologiste estime « *qu'il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire de réaffirmer la distinction chère à David Hume*[10] *entre « ce qui est » la connaissance scientifique, et « ce qui doit être », l'élaboration de règles morales cependant, il ajoute qu'il est non moins indispensable d'avoir accès à « ce qui est » pour décider de « ce qui doit-être* »[11]

Ce qui signifie que tout soignant doit pouvoir conscientiser sa pratique et prendre du recul sur « ce qui est » de la réalité pour améliorer, ajuster, réaffirmer ses valeurs.

Ceci me permet donc de dégager trois items, trois champs d'investigation :

Nous pourrions nous intéresser au domaine de la **gériatrie** dans un premier temps, chercher pourquoi les institutions se retrouvent « en crise » en France, face à la demande croissante de prise en soin, due au vieillissement de la génération du « baby boom » (exemple : la canicule de 2003, qui dénonça le manque cruel de moyens de certains établissements), et ainsi trouver comment cela peut atteindre les soignants dans leur travail quotidien.

Nous pourrions également nous pencher sur le domaine des **représentations socioculturelles** au sujet des « **valeurs** » déjà maintes fois citées afin de définir leurs points de départ, de trouver comment une valeur peut évoluer, comment se l'approprier.

[10] David HUME (1711 –1776), philosophe, économiste et historien fut l'un des plus importants penseurs des Lumières écossaises

[11] Sources : Frédéric VENAUT, Cadre de santé, Marseille. *Donner du sens aux valeurs soignantes* 2003

Et enfin, sur le domaine de **l'éthique** j'approfondirai la partie suivante, nous parlerons de la « **réflexion** » du soignant sur ses valeurs, comprendre son importance et son incidence sur sa pratique, en particulier lorsqu'il s'agit de prendre soin de personnes âgées.

3.2 La réflexion du soignant

Pourquoi ai-je complété plus haut ma phrase par « *en particulier lorsqu'il s'agit de prendre soin de personnes âgées.* » ? Parce qu'il serait intéressant avant de développer cette partie, de se pencher tout d'abord sur la personne soignée, avant de parler du soignant.

3.21 Le soigné

Certaines personnes âgées vivant en institution ou en service, après avoir passé une vie jeune et dynamique, de travail, de vie de famille, peuvent se retrouver dans une position de non choix, un peu à l'image d'un enfant que l'on materne, à qui l'ont met des protections parce qu'il a du mal à contrôler ses mictions, à qui l'on impose des horaires de lever, de coucher, que l'on stimule afin de retrouver une autonomie qu'ils ont eu toute leur vie sans jamais devoir s'en poser la question... Bien sur cette image est négative et je ne prétends évidement pas que tel est le cas pour chaque personnes et dans tous les lieux de vie destinés aux personnes âgées, heureusement non ! Mais ceci reste néanmoins une réalité dans certaines institutions, en tout cas, celles que j'ai pu côtoyer.

Ainsi, prendre en soin des personnes au corps vieillissant, qui perdent peu à peu amis, famille, force et repères, qui ont plus de souvenirs que de projets et plus de connaissances et de vécu que ces jeunes personnes qui « s'occupent d'elles », peut renvoyer au soignant bien des choses :

Quand nous naissons, plus le temps avance plus nous apprenons, plus nous sommes autonomes et plus nous nous émancipons vers la vie et ses projets. Nous entrons en vieillissant dans un processus diamétralement opposé, celui de la dégradation.

Dans une société qui prône la jeunesse, ceci nous renvoie tous à notre propre image et quelque part à notre propre mort. Je le remarque en écrivant ces lignes, avec la difficulté que j'ai de trouver mes mots, la précaution que je prends de ne pas réduire la vie et les envies des personnes âgées, de chercher à aborder leur déchéance, mais sans donner l'impression de réduire les gens à cela.

Selon moi, la vie ne prend d'intérêt pour l'homme qu'à partir de l'instant où il se sait mortel. Un début ne prend de sens que lorsqu'il y a une fin…mais cela ne fait pas moins peur.

Ainsi donc, qu'est-ce que cela signifie pour un soignant de travailler en service de gériatrie ?

3.22 Le soignant

J'en viens donc à mon idée principale, celle de la nécessité pour le soignant d'atteindre ces éléments de réponses en réfléchissant sur sa pratique et sur le sens à donner aux soins qu'il prodigue.

Se pourrait-il qu'en prenant un peu de recul sur notre 'pratique quotidienne', nous puissions prendre conscience de notre humanité ? Je m'explique :

Si j'avais du répondre à mon propre questionnaire, j'aurai répondu que la valeur soignante la plus importante à mes yeux est le respect de la personne. Pas du « malade », pas du « patient » pas du « client » mais de la PERSONNE en soi.

Le respect apparaît comme la base de notre métier, la cause et la conséquence de tous soins, mais cette notion n'a pas le même sens pour tous. Qu'entends-je par le « respect » ?

A mon sens le respect de la personne commence par la mise en égalité de la personne soignée par rapport à moi, soignante. Ce qui différencie cette personne de moi est qu'elle est en demande de soin et que moi je tente, de par mes connaissances, de répondre à cette demande en prodiguant ces soins.

Mais en quoi sa position physique de « malade » et/ou sa faiblesse psychologique me donnerai-t-il le droit, à moi qui suis « en état de santé » de ne pas la considérer comme mon égal en infantilisant, en surprotégeant, ou en négligeant? En quoi ma position hiérarchique et mon statut social d' (étudiante) infirmière me donnerai-t'il le droit d'imposer ma façon de faire aux personnes que l'on ma confiée ? Comme de prendre « *Mes* constantes » alors que le patient dort encore, commencer très tôt « *Mes* toilettes » pour ne pas être en retard, d'aller voir comment se porte « *Mon* entrée » à la chambre 12… Ces petites phrases volées, entendues en service m'ont toujours questionné sur la position que peut prendre l'IDE face aux gens quand ils entrent dans le service. Comme si soudainement les lieux et les gens nous appartenaient.

Si les patients n'étaient que des pathologies, à « *traiter* » à « *prendre en charge* », nous n'aurions pas à nous poser de questions sur notre éthique et nos valeurs, sur ce que nous attendons de ce métier et sur ce que l'on attend de nous.

Les personnes soignées ne sont donc pas des numéros, mais des personnes à considérer avec égalité.

3.23 Un peu d'historique sur l'égalité des soins

Il est établi depuis **1789**, dans l'article premier de la déclaration des droits de l'homme *que « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. (…) ».* Et depuis la Révolution française, originaire de cette notion de droit à la santé pour tous, nous n'avons cessé de défendre ce droit :

- En **1893** par la création de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG), disparue en 2000 au profit de la Couverture Médicale Universelle.

- En **1945** par la création de la sécurité sociale, une « assurance maladie » permettant d'accéder aux soins, et celle de l'OMS la même année.

- En **1946**, Les alinéas 10 et 11 du préambule de la Constitution de 1946 disposent que *« la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement »* et qu'elle *« garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs »*.

- Puis en **1948** la Création Universelle des Droits de l'Homme, instauré après la seconde guerre mondiale. Le droit à la santé est revendiqué au même titre que le droit à l'emploi.

- Et enfin en **1982** par la création de la Charte de la santé, affichée dans tous établissements médicaux.

Je ne compte pas ici tous les textes et propositions de loi en vigueurs, ce que je désire montrer ici, c'est que la notion d'égalité aux soins n'est pas une notion récente, mais que c'est une valeur émanant du droit du 'respect' qu'il faut continuer à défendre.

Je dis bien *défendre* car si nous nous devons de défendre un idéal c'est qu'il n'est pas acquis et non atteint encore. Sans parler de différences géographiques, de « système de santé à deux vitesses » qui n'est pas le sujet de mon mémoire, il se peut que, sans aller plus loin, l'illégalité des soins se joue à notre simple niveau, car nous ne sommes qu'humain et qu'un être humain, qu'il porte une blouse ou non, peut être sujet à des émotions, ressentir de la culpabilité, s'identifier, être heurté… tout ceci influençant directement notre façon de soigner et entrainant une différence de comportement ou d'intérêt dans les soins.

3.24 La fonction soignante

Pour compléter ma réflexion, je me suis demandé quelles représentations pourrait avoir la population du métier d'infirmière, afin de les confronter aux miennes. En trois ans de formation j'ai vu mes valeurs se construire, se consolider, de par mon expérience, mais mon idéal soignant est-il le même que celui de mes collègues ? Ou celui des patients eux-mêmes?

J'ai donc interrogé des passants dans la rue, 4 personnes, afin de réaliser un très bref brain storming sur :

Quelles sont les qualités que vous pourriez attendre d'une infirmière ?

Artiste (jongleur), 26 ans, :

- Tendresse
- Nouvelle maman
- Pas trop d'aise

Lycéenne terminale L, 18 ans :

- Soutien physique et moral
- Supplée à l'entourage
- Joie à la vie

Retraitée, fonctionnaire de la Poste, 75 ans

- Obligation de prendre sur soi
- Disponibilité
- Ouvert
- Respect de la volonté du malade

Ingénieur informaticien, 35 ans

- Qui écoute
- Etre humain
- Etre sensible

Ma question était volontairement large afin de laisser la plus grande liberté de réponse possible. Aucune personne ne m'a parlé de dextérité, d'hygiène, somme toute de capacités techniques.

Tous ces termes sont essentiellement des notions de « savoir être » et non de « savoir faire » renforçant d'autant plus toutes mes idées et questions posées tout au long de ce mémoire.

4. L'hypothèse de recherche

4. L'hypothèse de recherche

Tout ceci m'amène donc à confirmer l'importance pour le soignant de penser en pansant. Le soigné et le soignant sont un tout dont l'un dépend de l'autre et inversement.

L'intérêt (l'un des intérêts) de ce faire métier, outre la diversité et la technique, réside dans la richesse qui incombe au soignant de savoir se remettre en cause et de remettre en causes des évidences.

Les valeurs soignantes déterminent ce que l'on pourrait appeler « la conscience professionnelle » , cette soupape qui permet aux professionnels de santé d'agir « au mieux », et de faire ce qu'ils jugent être bon pour soutenir et porter la personne fragilisée demandeuse de soin.

Il faut également avoir en mémoire qu'une personne ainsi dite « fragilisée » ne saurait-être aidée si elle ne le souhaite profondément pas. Là, les valeurs soignantes et la diplomatie de l'IDE entrent en jeu, entre écoute, conseils donnés, respect de la volonté de la personne mais aussi maintient de sa santé et garantie de soins.

Ma question Q2 pourrait donc être affinée comme suit :

« En quoi le savoir être de l'IDE peut-il influencer la prise en soin d'un patient ? »

Et si je devais poursuivre ce mémoire et avancer une nouvelle hypothèse de recherche je proposerai :

« La complémentarité du 'savoir être' et du 'savoir faire' de l'IDE »

Annexes

Annexe 1 ..... La Grille d'entretien

Annexe 2 ..... Les réponses aux entretiens

Annexe 3 ..... Module Santé Publique (cours de 1ère année)

Annexe 4 ..... Fiche de validation de Q2

Annexe 1
Grille d'entretien

Etablissement :
Nombre de patients dans l'unité de soins :
Personne interrogée :
Diplômé(e) depuis :

1/ Quel est le projet de soin de votre service/ établissement ? .....

2/ Quelles sont les valeurs soignantes les plus importantes à vos yeux ? .....

3/ Qu'est-ce qu'une « bonne prise en soin » selon vous ? (Votre idéal soignant).....

4/ Vos valeurs ont-elles évolué avec votre pratique ? Comment ?.....

5/ Avez-vous déjà du occulter vos valeurs fondamentales pour vous adapter à la « réalité du terrain » ? Qu'est-ce que cela vous a fait vivre ?.....

6/ Vous êtes-vous déjà retrouvée dans une situation de soins difficile ? .....

7/ Si oui comment cela c'est-il passé ? Comment avez-vous réussi à gérer cette situation ?.....

8/ Quels moyens sont mis en œuvre par votre institution pour pallier aux problèmes que vous pourriez rencontrer dans votre pratique ? .....

9/ Avez-vous des réunions d'équipe prévu pour évacuer le stress engendré par votre profession? .....

☐ Oui ☐ Non

9.1 / Si oui, comment s'organisent-elles ?

- Intervention d'un tiers ?
- Réunions programmées à l'avance ou ponctuelles ?
- Qui en a l'initiative ?
- Thèmes abordés ?
- Répondent-elles à vos besoins ?

9.2 / Si non pensez-vous qu'elles vous apporteraient une aide ?

10 / A votre avis, comment un soignant peut-il faire valoir ses valeurs professionnelles malgré la « réalité du terrain » .....

Annexe 2
Réponses aux entretiens

Questions	Mlle L	Mme G	Mme P
1 : Projet de soin du service ?	(hésite) *Le projet ? je ne sais pas s'il y a un projet…* (l'IDE me donne un polycopié décrivant les objectifs de l'association qui régie la maison de retraite)	(hésite)…*Il n'y en a pas dans notre service* !	(hésite) *la qualité des soins peut-être…*
2 : Valeurs soignantes les plus importantes ?	- Le respect de la personne - L'écoute - Les soins relationnels/physiques/ techniques - La prise en charge globale du patient - la discrétion	- L'écoute - La disponibilité	- L'écoute - La patience - La rigueur/ l'hygiène - La compétence
3 : définition d'une prise en soin idéale	-*De pouvoir prendre en charge la personne de A à Z, de prendre le temps, mais c'est impossible.* - savoir les besoins de la personne et y répondre	Le respect de la personne	Globale
4 : évolution des valeurs en fonction de la pratique ?	(temps de réflexion) - Connaître la personne, donc cibler les soins - *On essaye de faire attention à chacun avec l'écoute… mais dans la pratique heu…on essaye de faire attention a chacune de nos valeurs mais…*	*Depuis que je suis sortie de l'école, il y en a beaucoup que je n'ai pas 'oubliées' mais enfin… on ne peut pas tout faire….*	Elles n'ont pas changées, se sont améliorées et d'autres sont venues s'y greffer
5 : valeurs fondamentales occultés ? Ce que cela fait vivre	- Oui *évidement* => impression de négliger - **Solitude**	- Oui => écourte le temps 'relationnel' car course contre la montre pour pouvoir tout faire => ne se sent pas professionnelle - **Solitude**	- Oui (au niveau de l'hygiène), des fois, ce n'est pas possible => grand moment de **Solitude**

6 : Situation difficile ?	- Mme G, état clinique très inquiétant (cyanose, marbrure, desaturation) => situation d'urgence => le surveillant refuse d'appeler SOS médecin => révolte de l'infirmière qui appelle elle même les pompiers	- Une patiente démente qui criait et mordait les soignants et qui révulsait Mme G	- Une femme brulée qui vivait salement => les pansements ne tenaient pas => elle risquait de s'infecter
7 : comment gérer la situation ?	*On gère on n'a pas le choix !* *On gère comme on peut !*	*Il faut bien tenir…*	Signalement au Conseil Général
8/ moyens mis en œuvres ?	*Les moyens que nous avions, nous ne les avons plus* : - Disponibilité de l'ancienne surveillante - Une secrétaire médicale - Une aide administrative	Surveillante à l'écoute ; - *même si cela « ne change rien »*	- *Cellule de CLIC à Villeurbanne avec un médico-psy, on peut prendre rdv pour parler mais ce n'est pas adapté, on doit le prendre sur notre temps personnel.* => En place depuis peu
9/ des réunions ?	*Non.* *On en a demandé une la semaine dernière mais ce n'était pas préparé, du coup personne n'était au courant, la réunion s'est passée à 4.* Avant => psychologue qui passait une fois par mois mais ce moyen a été supprimé car le personnel n'allait pas beaucoup à ces réunions	*Non, pas a proprement dit, on profite d'autres réunions pour parler de soit, mais ca n'est pas suffisant.*	*« Grand trou noir »* => Indépendant *jusqu'au bout en libéral, peut être même trop*, cela apporterait une aide si c'était adapté, s'il existait un numéro vert, disponible de suite.
10/ comment faire valoir ses valeurs ?	- *S'écouter* - Avoir sa conscience professionnelle - Penser aux résidents avant tout - Essayer de faire son maximum	- Il ne faut pas se laisser marcher dessus - Ne pas hésiter à en référer aux supérieurs hiérarchiques, ne pas s'en sentir ridicule	En restant soit même, - Ne pas se laisser influencer par son entourage - Avoir une bonne constitution - Prendre le temps - Tisser des liens entres les valeurs du professionnel et du patients qui ne sont pas forcement les mêmes

Les phrases écrites en italique sont des citations de ce qu'ont répondu les professionnelles

28-09-04

Annexe 3
Module de santé publique [13]

Que signifie pour vous être en santé ?

Définition : - *État de complet bien être physique, psychologique et social.*
Une personne en bonne santé est une personne intégrée dans le monde qui l'entoure (famille, amis, collègues), une personne ayant des projets personnels et/ou professionnels (un but dans sa vie)

Qu'évoque pour vous le handicap ?

- Déficits moteurs, sensoriels…
- Le bégaiement

Qu'évoque pour vous la maladie ?

- Virus, bactérie
- Stress (désordres psychologiques qui influent sur les organes)

Qu'associez-vous au mot soin ?

- Humanité
- Compassion
- Intérêt porté sur la personne
- Prévention
- Sourire
- Bienveillance
- Assistance
- Secours

Synthèse

L'être humain est soumit tout au long de sa vie à divers facteurs influençant directement ou non sur sa santé.

Une personne dite en « bonne santé » est pour moi une personne au regard présent, s'intégrant bien dans son milieu social (famille, amis collègues) ayant des projets pour elle ou pour les siens, personnels ou professionnels. C'est une personne en accord avec elle-même.

Cependant la santé est fragile et altérable, la maladie ou le handicap peut toucher tout un chacun.
Virus, bactéries, mais encore stress et fatigue sont tout autant des facteurs déclencheurs de la maladie.

Le but du soignant est donc d'apporter des *solutions* à cela en faisant preuve d'humanité, de compassion, de bienveillance et doit être quelqu'un d'ouvert et souriant.

[13] Travail de groupe de première année, proposé par les formatrices, sur les représentations des élèves sur des termes tels que la santé, le handicap, la maladie ou encore le soin.

Mise en commun (demi promotion groupe A)

Santé : *Être en santé, c'est être en état de complet bien être physique, mental et social.*

- Physique : - Hygiène de vie
  - Etre au maximum de ses capacités physiques
- Mental : - Projet personnel et professionnel
  - Absence de déficit mental
- Social : - Être entouré famille, amis, capacité d'intégration

Handicap : *C'est un état d'incapacité totale ou partielle (déficiences).*
On distingue différent types de handicaps :

- Moteur - (paraplégie, tétraplégie)
- Sensoriel - acquis ou inné (aveugle)
- Social - (illettrisme)
- Mental -(schizophrénie) besoin de structures adaptées pour la vie quotidienne et l'enseignement

Maladie : *État physique et/ou mental où le corps et l'esprit sont agressés par un agent extérieur ou non.*

- Non extérieur - (maladie génétique)
- Extérieur - (virus, bactéries, stress)

Soins : *Ensemble des actes et des moyens mis en œuvre afin de rétablir l'état d'une personne (santé et bien être).*

- Soins relationnels : aide, conseil, écoute
- Soins techniques : nursing
- Soins préventifs : vaccination

Annexe 4
Validation Q2

Question de départ définitive Q 2 :

En quoi la réflexion d'un IDE sur ses valeurs soignantes peut-elle favoriser la prise en charge d'un patient en service de gériatrie ?

Critères de conformité méthodologique de cette question :

La question est :	OUI	NON
• rédigée en "français correct" (syntaxe, vocabulaire, orthographe)	☒	☐
• formulée sous forme interrogative ("en quoi....?" "qu'est-ce qui fait que... ?" et non "comment... ?" ou "pourquoi... ?")	☒	☐
• d'intérêt professionnel (concerne les infirmiers)	☒	☐
• ouverte	☒	☐
• précise	☒	☐
• généralisable (transférable)	☒	☐
• univoque (sans ambiguïté)	☒	☐
• respecte les règles éthiques et déontologiques	☒	☐
Validation	☒	☐
Commission de rattrapage	☐	☐

Commentaires :

Membres de la Commission de validation : MC Robert C Vidal
NOMS Prénoms et signatures :

[1] TFE_0407_FicheValidation.doc - Equipe pédagogique - 5 février 2007

Bibliographie

Livres

AMYOT Jean Jacques/ VILLEZ Alain. *Risque, responsabilité éthique dans les pratiques gérontologique*. Dunot, 2004, Collection : Action Sociale, 224 p.

DE BOUVET Armelle/ SAUVAIGE Monique. *Penser autrement la pratique infirmière : Pour une créativité éthique,* De Boeck, 2005, Collection : SCIENCES HOSP. 21p.

COLLIERE Marie Françoise. *Soigner le premier art de la vie.* 2ème édition Masson, 2001, 456 p.

PERRAUT SOLIVERES Annie. *Infirmières : Le savoir de la nuit*. PUF, 2001, Collection : Partage du savoir, Le monde. 291 p.

SÉGAL Patrick. *L'Homme qui marchait dans sa tête,* J'ai Lu, Collection : J'ai lu récit, 2005, 253 p.

WATSON Jean. *Le CARING Philosophie et science des soins IDE.* Seli Arslan, 1998, 320 p.

WENNER Micheline. *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Seli Arslan, 2000, 192 p.

Internet

ANOUI Pierre. *Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel,* 1996. Disponible sur : http://infodoc.inserm.fr/ethique/travaux.nsf

CHU Lyon, *Qu'est ce qu'un projet d'établissement ?* 2006. *Disponible sur : http://www.chu-lyon.fr/internet/chu/projet_etab/definition.htm*

VENAUT Frédéric. *Donner du sens aux valeurs soignantes*, 2003. Disponible sur : http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article142

Thèses et mémoires

TOCHE Didier. *La motivation du personnel soignant en gériatrie : entre posture et valeurs,* 2002. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.tm.fr/Rsi/71/56.pdf?6448W-K4G03-4M884-313GM-8J3X0

… La réflexion de L'IDE sur ses valeurs soignantes

La réflexion du soignant sur ses valeurs pourrait se formuler comme suit : que suis-je dans le soin ?

Que pourrait-être une valeur « qui soigne » si ce n'est un principe universel acquis de façon personnelle ? Cette notion est subjective et propre à chacun, mais un point commun demeure :

Pour être capable de panser il faut être capable de penser.

Ce mémoire n'a pas pour objectif de fournir un mode d'emploi « *comment devenir un(e) IDE model(e) en 10 chapitres* » mais plutôt de prendre conscience de ses valeurs soignantes, et de sa valeur, d'en apprécier les enjeux, pour tenter d'approcher son idéal soignant. Se remettre en cause, prendre conscience de ses faiblesses pour en faire une force, se poser sans cesse des questions est à mon sens ce qui rend ce métier aussi difficile que passionnant.

« *La valeur n'est pas vraie et la vérité n'a pas de valeur* »

(André Comte-Sponville)